

健康診断個人票

フリガナ				性別
氏名				
生年月日				才
住所				
身体計測	身長 (cm)	体重 (kg)	BMI (kg/m ²)	
視力	裸眼	右	左	
	矯正	右	左	
血圧 (平均値)	/ mmHg			
尿検査	蛋白			
	糖			
	潜血			
	ウロビリノーゲン			
胸部レントゲン所見				
診察所見				
備考				
上記の通り診断します。		〒901-2211 沖縄県宜野湾市宜野湾 3-3-13 医療法人緑水会 宜野湾記念病院 医師名 _____ 印		